

Adesione al trattamento, sostegno familiare e rapporto con il medico in pazienti affetti da ipertensione essenziale

Paola Surcinelli*, Fabio Bruno***, Claudio Lazzara*,
Eugenio R. Cosentino**, Claudio Borghi**, Nicolino Rossi*

Sommario

La non aderenza al trattamento rappresenta un comportamento frequentemente osservato nella pratica medica, soprattutto in quelle patologie caratterizzate dall'assenza di sintomi come l'ipertensione. Scopo del presente studio è stato quello di indagare l'aderenza al trattamento farmacologico in un campione di 61 pazienti affetti da ipertensione essenziale, cercando di evidenziare l'eventuale ruolo svolto rispetto a tale collaborazione dal sostegno percepito da parte della famiglia, dalla soddisfazione rispetto al rapporto con il proprio medico e dell'eventuale presenza di sintomi psicopatologici. I risultati del presente studio non hanno mostrato alcuna correlazione significativa tra le variabili esaminate e l'adesione al trattamento nel campione esaminato. Gli autori sottolineano come i presenti risultati siano coerenti con studi precedenti che non hanno finora individuato chiare correlazioni tra l'aderenza al trattamento dell'ipertensione e diversi fattori individuali, affettivi, sociali, e sanitari.

Parole chiave: aderenza al trattamento, sostegno familiare, rapporto medico-paziente, ansia, depressione, ipertensione.

Abstract

The lack of compliance to treatment is a behavior frequently observed in the medical practice, particularly when symptoms are absent as it is in the case of

* Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna. E-mail: nicolinocesare.rossi@unibo.it

** Cattedra di Medicina Interna, Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi, Bologna.

*** Psicologo, Psicoterapeuta.

patients with hypertension. Aim of the present study was to examine rates of compliance in a sample of 61 patients with essential hypertension and to investigate if perceived support from family, satisfaction with physician and the presence of psychopathological symptoms are related to compliance. Our findings did not show any significant correlation, supporting previous results which did not identify a clear relationship among adherence to treatment and personal, emotional, and social factors in patients with essential hypertension. **Keywords:** adherence to treatment, support from family, patient-physician relationship, anxiety, depression, hypertension.

• Introduzione

La *compliance* è classicamente definita come il grado in cui il comportamento di una persona, in termini di assunzione di farmaci, osservanza di diete, attuazione di cambiamenti nello stile di vita, coincide con le raccomandazioni del medico (Haynes, 1979). Attualmente i termini *compliance* e *adherence* vengono usati indifferentemente in lavori di carattere prettamente medico, mentre è più facile trovare il termine *adherence* nelle trattazioni psicologiche. Questo perchè la *compliance* è tradizionalmente legata all'assunzione di farmaci, mentre si parla di *adherence* quando ci si riferisce non solo al consumo di farmaci, ma a una realtà più ampia che comprende una serie di comportamenti come gestire correttamente i regimi terapeutici domiciliari (Meichenbaum e Turk, 1987). La non aderenza alla terapia nella pratica medica è un comportamento dalle gravi conseguenze, spesso osservato nei casi in cui la sintomatologia è assente come nell'ipertensione. L'ipertensione colpisce circa il 20% della popolazione adulta in tutto il mondo ed è la terza causa di disabilità nel corso della vita (Kearney et al., 2005). L'aderenza al trattamento in questi casi è una condizione essenziale per un buon esito della terapia (Bangalore et al., 2007), ma nel paziente iperteso, spesso asintomatico, inizialmente il beneficio dell'ausilio farmacologico non è prontamente apprezzabile e questo può indurre il paziente a non assumere alcuna terapia (Svensson et al., 2000). La durata della malattia rappresenta un ulteriore fattore che sembra svolgere un ruolo importante nel determinare il grado di aderenza: le malattie croniche, come l'ipertensione, sembrano esporre maggiormente al rischio di non aderenza (Sherbourne et al., 1992).

Alcuni studi hanno mostrato come la complessità del regime terapeutico, in particolare un'elevata frequenza delle dosi giornaliere, in patologie croniche come l'asma, le cardiopatie e l'ipertensione arteriosa, abbia un impatto negativo sull'aderenza (Bedell et al., 2000; Dezii, 2000; Evangelista et al., 2003; Griffiths et al., 2004; Kiortsis et al., 2000; Spector, 2000; Taylor et al., 2003). Al contrario, altri studi condotti su pazienti cardiopatici sintomatici, hanno dimostrato come l'assunzione di più farmaci più volte al giorno possa aumentare l'aderenza (Billups et al., 2000; Shalansky, Levy, 2002; Orensky, Holdford, 2005).

Un altro fattore non trascurabile che sembra interferire con l'aderenza terapeutica è rappresentato dall'eventuale presenza di effetti collaterali che il paziente addebita alla terapia farmacologica (Schroeder et al., 2004). In particolare, se gli effetti collaterali sono inaspettati o gli effetti collaterali percepiti superano in maniera preponderante i percepibili vantaggi della terapia, l'impatto negativo sull'aderenza terapeutica sarà ancora maggiore. Questi risultati sottolineano l'importanza di un'adeguata informazione al paziente. Infatti, le informazioni fornite al paziente sia sulla malattia che sugli effetti collaterali così come gli aspetti relazionali che connotano il rapporto tra personale curante (es. medici, infermieri) e paziente rappresentano ulteriori fattori che possono influenzare la *compliance* al trattamento.

I risultati di svariati studi hanno mostrato come aspetti dipendenti da una cattiva comunicazione e perdita di fiducia tra medico e paziente, e in alcuni casi l'attitudine negativa e la mancata conoscenza della malattia e delle linee guida da parte del medico, influiscano sulla *compliance* (Osterberg, Blaschke, 2005; Petrilla et al., 2005). Importante è anche il rapporto con il proprio medico di famiglia che pare avere un impatto rilevante. Infatti, i pazienti che hanno un'esperienza positiva con i medici di famiglia appaiono più complianti e maggiormente in grado di riconoscere gli effetti benefici della terapia (Benson, Britten, 2006).

In tema di non aderenza al trattamento farmacologico dell'ipertensione, diverse ricerche hanno anche indagato il ruolo di variabili socio demografiche, come l'età e il genere, senza pervenire ad alcuna correlazione significativa (Benson et al., 2000; Conlin et al., 2001; Degli Esposti et al., 2002; Ren et al., 2002; Rizzo e Simons, 1997; Van der Wal et al., 2005; Wogen et al., 2003).

Per quanto riguarda i fattori di ordine psicologico in grado di influenzare l'aderenza terapeutica alcuni studi hanno mostrato come in soggetti con scompenso cardiaco cronico (Stromberg et al., 1999), il supporto da parte di familiari e di persone vicine favorisse l'adozione di comportamenti consigliati dal medico in merito all'assunzione di farmaci ed alla modificazione dello stile di vita (Nielsen et al., 2000). La percezione di supporto sociale è stata indagata anche come fattore capace di modulare il livello di aderenza alle prescrizioni terapeutiche nell'ipertensione ma i risultati hanno mostrato scarse correlazioni tra supporto sociale percepito e *compliance* (Wang et al., 2002).

Per quanto riguarda il ruolo della psicopatologia, un'interessante rassegna (Di Matteo et al., 2000) ha evidenziato un significativo legame tra depressione e scarsa aderenza alla terapia: pazienti con patologie croniche sofferenti di depressione sono caratterizzati da un rischio di non aderenza tre volte superiore ai non depressi, mentre l'ansia non pare generalmente rivestire un ruolo rilevante nel determinare l'aderenza al trattamento.

Dal momento che le conseguenze cliniche di un'ipertensione non trattata rivestono particolare impatto sulla salute degli individui e considerando la letteratura non sempre univoca nell'individuare i fattori connessi all'aderenza al trattamento di tale patologia, appare evidente l'importanza di indagare i fattori che condizionano la *compliance* al regime terapeutico. L'obiettivo del presente studio è stato quello di verificare l'adesione alla terapia farmacologica e l'eventuale ruolo svolto da variabili di tipo psicologico, demografico, socio-ambientale e relazionale nel condizionare la *compliance* al trattamento di pazienti ipertesi. In particolare, nel presente studio è stata indagata l'aderenza alla terapia farmacologica in pazienti affetti da ipertensione essenziale, valutando la presenza di eventuali differenze legate ad età e genere. È stato, inoltre, indagato il ruolo svolto dalla percezione del paziente del proprio rapporto con il medico e del sostegno familiare rispetto all'aderenza alla terapia. Infine, è stata presa in esame la presenza di sintomi psicopatologici e la relazione tra questi e l'atteggiamento rispetto alla terapia.

• Metodo

Partecipanti

Il campione è costituito da 61 pazienti ipertesi (33 maschi) di età compresa tra 33 e 75 anni (età media pari a 61.85, d.s. 11.5), selezionati all'interno della popolazione clinica afferente alla U.O. Medicina Interna facente capo al Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna. La selezione è stata effettuata in base alle risposte fornite alla valutazione che i pazienti davano della propria aderenza alla terapia farmacologica prescritta, secondo quanto descritto nel paragrafo successivo.

Strumenti e procedura

Ai pazienti è stata somministrata un'intervista semi-strutturata, appositamente costruita dagli autori e finalizzata a rilevare, oltre ad una serie di variabili personali e cliniche del paziente, la sua valutazione dell'aderenza alla cura, del rapporto con il medico e del suo comportamento, e del rapporto con i familiari in relazione alla malattia e alla cura. Lo strumento è stato costruito partendo dalle aree di esplorazione indagate con il colloquio psicologico clinico nell'abituale pratica di assistenza psicologica in ambito ospedaliero.

L'intervista semi-strutturata sulla *compliance* è costituita da 36 domande che esplorano diverse dimensioni. Nel presente studio sono state prese in esame le domande relative a:

- “aderenza alla terapia”, che valuta l'aderenza del paziente alla terapia farmacologica prescritta, attraverso 1 item (“Si ricorda di prendere le medicine come indicato dal medico?”) con risposta su scala Lickert a 4 punti (0 = per niente - 4= moltissimo). I pazienti che costituiscono il campione del presente studio sono stati selezionati tra coloro le cui risposte si collocavano nei gradi estremi della scala (1 e 4);
- “ambiente familiare”, che valuta il sostegno percepito da parte della famiglia nella gestione della malattia e nell'attuazione delle cure ed è costituita da 2 item cui i partecipanti possono rispondere utilizzan-

- do una scala Likert a 4 punti (1 = per niente - 4 = moltissimo);
- “aspetti gestionali” del rapporto con il medico, che valuta la soddisfazione rispetto alle informazioni fornite dal medico circa il trattamento da seguire e i suoi effetti collaterali e la soddisfazione per l'aiuto percepito nella gestione della malattia. La sottoscala è composta da 5 item cui i partecipanti possono rispondere utilizzando una scala Likert a 4 punti (1 = per niente - 4 = moltissimo);
 - “aspetti relazionali” del rapporto con il medico, che valuta la percezione del paziente di essere ascoltato con attenzione e incoraggiato da parte del medico anche relativamente alle proprie ansie, paure e difficoltà. La sottoscala è composta da 5 item cui i partecipanti possono rispondere utilizzando una scala Likert a 4 punti (1 = per niente - 4 = moltissimo);

Per la valutazione di eventuali sintomi psicopatologici ai pazienti è stata somministrata la versione italiana del General Health Questionnaire (GHQ -12; Goldberg, 1972) che comprende 12 item e indaga la presenza di disturbi psichiatrici minori di tipo non psicotico e rileva la presenza e la frequenza di una serie di sintomi non cronici di cui il soggetto abbia sofferto nel recente passato. Il GHQ-12 è stato utilizzato secondo il metodo 0-1-2-3 in base al quale ad ogni item è possibile rispondere su una scala Likert a 4 punti (0-3) e attraverso la somma dei singoli item si ottiene un punteggio totale che va da 0 a 36. Punteggi compresi tra 0 e 12 sono considerati nella norma, punteggi superiori a 12 indicano segnali di distress e punteggi superiori a 20 sono indicativi di grave distress psicologico. Il GHQ-12 ha mostrato soddisfacenti proprietà psicometriche ed elevata consistenza interna (alfa di Crombach variabile tra 0.78 e 0.87) (Piccinelli et al., 1993).

Per la valutazione di ansia e depressione ai pazienti è stata somministrata la versione italiana della Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith, 1983), un questionario specificamente sviluppato per riconoscere stati d'ansia e di depressione in pazienti affetti da malattie organiche, con l'esclusione dalle aree di indagine degli indicatori somatici di distress psicologico, quali ad esempio cefalea, insonnia, perdita di peso, che possono essere legati alla presenza della malattia organica stessa o a una conseguenza degli interventi terapeutici. Lo strumento è composto da due scale a 7 item, una per la valutazione dell'ansia e l'altra per la valutazione della depressione.

La risposta ad ogni item viene data utilizzando una scala Likert a 4 punti (0-3) e si calcolano un punteggio di ansia e un punteggio di depressione entrambi variabili da 0 a 21. Lo strumento ha mostrato buone proprietà psicometriche ed elevata consistenza interna con alfa di Crombach variabile tra 0.83 e 0.85 (Costantini et al., 1999).

• Risultati

Atteggiamento verso la terapia

Il gruppo complianti è risultato composto da 38 soggetti (18 maschi) di età compresa tra i 36 e i 75 anni (età media pari a 64 anni). Il gruppo non-complianti è risultato composto da 23 soggetti (15 maschi) di età compresa tra i 33 e i 75 anni (età media pari a 58.3 anni).

Non sono presenti differenze significative di età o di genere tra i due gruppi.

In tabella 1 sono riportati punteggi medi e deviazioni standard per ogni sottoscala dell'intervista divisi per gruppo in funzione dell'adesione alla terapia.

Tabella 1. Punteggi medi e deviazioni standard per ogni sottoscala dell'intervista per ognuno dei due gruppi

	<i>COMPLIANTI</i> <i>MEDIA (D.S.)</i>	<i>NON-</i> <i>COMPLIANTI</i> <i>MEDIA (D.S.)</i>
Ambiente Familiare	4.86 (1.64)	4,84 (1.86)
Rapporto medico Aspetti Gestionali	11.77 (2.05)	12.31 (2.05)
Rapporto medico Aspetti Relazionali	10.44 (1.64)	10.89 (1.94)

Ambiente familiare

È stata condotta un'analisi univariata della varianza (ANOVA) per verificare la presenza di eventuali differenze legate al sesso nella percezione di sostegno familiare. L'effetto genere non è risultato statisticamente significativo ($F(1, 58) = .31, p = .58$), nonostante le femmine (media = 5.03) riferiscano un maggior sostegno da parte della famiglia rispetto ai maschi (media = 4.78).

È stata condotta anche un'analisi univariata della covarianza (ANCOVA) per verificare differenze di età ma l'effetto età non è risultato statisticamente significativo ($F(1, 58) = .26, p = .61$).

Infine, è stata indagata mediante analisi della varianza (ANOVA) la presenza di differenze significative tra complianti e non-complianti nella percezione di sostegno da parte dell'ambiente familiare ma non sono emerse differenze significative ($F(1, 53) = .02, p = .96$).

Aspetti gestionali del rapporto medico-paziente

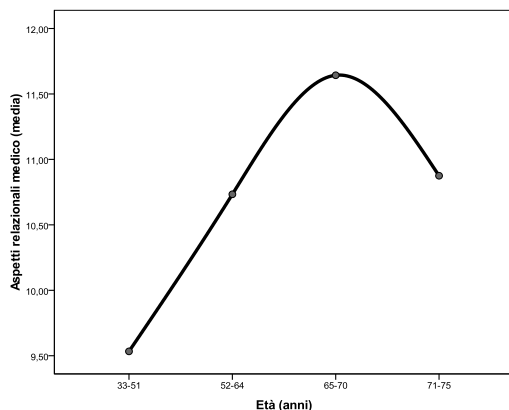
L'analisi della varianza (ANOVA) non ha mostrato la presenza di differenze di genere nella sottoscala "aspetti gestionali del rapporto medico-paziente" ($F(1, 54) = .42, p = .51$), nonostante i maschi (media = 12.17) riferiscano un maggiore soddisfacimento rispetto alle femmine (media = 11.81). Dall'analisi univariata della covarianza (ANCOVA) non sono emerse differenze di età significative ($F(1, 54) = 2.39, p = .13$).

Al fine di verificare la presenza di differenze tra complianti e non-complianti nella soddisfazione espressa rispetto al rapporto con il medico in termini di informazioni e indicazioni ricevute, è stata condotta un'analisi univariata della varianza (ANOVA), ma non sono emerse differenze significative tra i due gruppi ($F(1, 53) = .85, p = .36$).

Aspetti relazionali del rapporto medico-paziente

L'effetto genere non è risultato statisticamente significativo ($F(1, 58) = 2.07, p = .15$), nonostante i maschi (media = 11) riferiscano un maggiore soddisfacimento rispetto alla relazione con il medico rispetto alle femmine (media = 10.32). Per quanto riguarda l'età, invece, l'analisi univariata della covarianza (ANCOVA) ha mostrato un effetto statisticamente significativo ($F(1, 58) = 9.02, p < .005$). Come si può osservare in Figura 1 la soddisfazione rispetto alla relazione con il medico aumenta all'aumentare dell'età fino ai 70 anni per poi scendere leggermente di nuovo tra i 70 e i 75 anni.

Figura 1. Andamento della soddisfazione rispetto agli aspetti relazione del rapporto con il medico in funzione dell'età



Non sono, invece, emerse differenze significative tra complianti e non-complianti ($F(1, 53) = .82, p = .36$).

General Health Questionnaire (GHQ) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) I punteggi medi per ognuno dei due gruppi (complianti e non-complianti) nel GHQ e nelle scale Ansia e Depressione della HADS sono riportati in tabella 2.

Tabella 2. Punteggi medi e deviazioni standard nel GHQ e nelle scale Ansia e Depressione (HADS).

	COMPLIANTI <i>MEDIA (D.S.)</i>	NON- COMPLIANTI <i>MEDIA (D.S.)</i>
GHQ	12 (5.30)	13.14 (5.39)
ANSIA (HADS)	14.11 (3.48)	12.23 (3.81)
DEPRESSIONE (HADS)	14.46 (4.55)	15.55 (3.53)

L'analisi univariata della varianza (ANOVA) condotta sui punteggi del GHQ e quella multivariata della varianza (MANOVA) condotta sui punteggi di ansia e depressione della HADS non hanno mostrato la presenza di differenze significative tra il gruppo di pazienti complianti e quelli non complianti ($F(1, 57) = .620, p = .43$, e $F(2, 56) = .594, p = .55$ rispettivamente).

• Discussione

Il presente studio ha esaminato in un campione di pazienti con ipertensione il ruolo di alcune variabili, in particolare quelle legate al sostegno percepito dalla famiglia, al rapporto con il medico curante e alla presenza di sintomi di disagio psicologico, rispetto alla *compliance* dei pazienti ai regimi terapeutici.

La terapia dell'ipertensione è una terapia complessa, prolungata nel tempo, che richiede spesso l'assunzione di farmaci e una modifica dello stile di vita. È importante indagare i fattori che favoriscono o ostacolano l'aderenza alla terapia, data l'ampia prevalenza della malattia ipertensiva sulla popolazione, anche perché essendo spesso silente su un piano sintomatologico, facilita lo sviluppo di patologie croniche, come cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco e insufficienza renale.

Per quanto riguarda il ruolo del genere e dell'età come possibili fattori condizionanti la *compliance* al trattamento, non sono emerse differenze significative nel nostro campione, coerentemente con quanto evidenziato da studi precedenti (Degli Esposti et al., 2002). Nel presente studio si evidenzia però una differenza, anche se non significativa, tra uomini e donne, nella soddisfazione espressa rispetto al rapporto con il medico sia in termini di informazioni ricevute che in termini relazionali. Gli uomini, infatti, riferiscono una maggiore soddisfazione nella relazione con il medico, considerando sia gli aspetti gestionali della terapia, sia la percezione del paziente di potere parlare liberamente con il medico della malattia e della cura, e di sentirsi incoraggiato nell'espressione di dubbi e interrogativi. Questa differenza potrebbe però essere anche dovuta ad una maggiore presenza di medici di sesso maschile e quindi a una facilitazione dovuta ad una eventuale concordanza di genere.

Inoltre, in accordo con Pereira e Pearson (2003), è risultato in particolare significativo il dato di un aumento della soddisfazione rispetto alla relazione con il medico con il progredire dell'età dei soggetti, indipendentemente dal genere di appartenenza. I pazienti più giovani, infatti, tendono ad essere maggiormente dubbiosi circa l'adeguatezza e l'efficacia della terapia prescritta dal medico. Questo dato può essere spiegato con una maggiore tendenza all'autonomia, legata, in parte, alla possibilità di accesso a più numerose fonti informative rispetto ad una popolazione più anziana, che tende più verosimilmente ad affidarsi alla competenza e all'esperienza della figura del medico.

Per quanto riguarda il ruolo che la soddisfazione verso il medico svolge rispetto alla *compliance* alla terapia, i dati del presente studio non hanno evidenziato alcuna relazione significativa tra soddisfazione e costanza nell'assunzione della cura. Diversamente rispetto a studi precedenti (Osterberg, Blaschke, 2005, Petrilla et al., 2005), né la soddisfazione riguardo alle informazioni fornite né la soddisfazione rispetto alla relazione con il medico sembrano svolgere un ruolo rispetto alla *compliance* alla terapia. L'incongruenza dei risultati può essere però dovuta anche al fatto che nel presente studio non è stata presa in esame la variabile relativa a chi ha somministrato la terapia (es. specialista o medico di base). Infatti, in alcuni casi il medico che prescrive la terapia è uno specialista mentre il rapporto principale viene tenuto con il proprio medico di famiglia, con cui è spesso presente un rapporto caratterizzato da maggiore confidenza e da una maggiore facilità di accesso. In questi casi il rapporto medico-paziente è condizionato da tale doppio livello. In altri casi, invece, è lo stesso medico di famiglia che prescrive direttamente la terapia al paziente. Purtroppo nel presente studio questo aspetto non è stato considerato, ma data la sua rilevanza è importante che futuri studi possano approfondire il ruolo di questa variabile rispetto alla *compliance*.

Per quanto riguarda la percezione di supporto sociale, i dati del presente studio hanno evidenziato come i maschi dichiarino di percepire un maggior sostegno da parte del medico, mentre le femmine da parte dei familiari. Si potrebbe ipotizzare, a riguardo, una maggiore facilità dei pazienti maschi ad instaurare un rapporto confidenziale con le figure sanitarie, specie se consideriamo una possibile concordanza di genere.

Il sostegno percepito da parte della famiglia non sembra comunque svolgere un ruolo significativo rispetto alla *compliance*. Questo dato è in accordo con quelli rilevati da Wang e collaboratori (2002) che hanno mostrato come la percezione di inadeguato supporto sociale non influisse significativamente sulla *compliance*, ma in disaccordo con le osservazioni di Griffiths et al. (2004), che hanno mostrato come, coinvolgendo i familiari del paziente nell'assunzione dei farmaci, sia possibile migliorare la *compliance* al trattamento. Queste ultime risultanze, in apparente contrasto tra di loro, potrebbero essere spiegate con il fatto che se è vero che un certo numero di pazienti si sentono in qualche modo supportati dai familiari, ciò non implica necessariamente che da parte di questi ultimi vi sia sempre una concreta possibilità materiale di aiutare il paziente ad assumere la terapia, soprattutto se questa è complessa e va somministrata in diversi orari nell'arco della giornata.

Recenti indagini hanno preso in considerazione il senso di autoefficacia del paziente e gli effetti di una condizione clinica di depressione sull'aderenza al trattamento (Roh, 2005). La depressione spesso si manifesta con vissuti di frustrazione e di disperazione (*hopelessness*) per le proprie condizioni di salute (Steel et al., 2000) ed è riconducibile anche ad un senso di incapacità a controllare e gestire efficacemente la propria condizione clinica. Nonostante tali presupposti e diversamente rispetto a studi precedenti (DiMatteo et al., 2000), i risultati emersi nel presente studio non hanno mostrato differenze significative tra complianti e non-complianti nei punteggi di depressione. Al contrario i nostri risultati appaiono concordi con ricerche precedenti nell'evidenziare assenza di relazione tra ansia e *compliance* (DiMatteo et al., 2000).

Lo stato di salute percepito dai pazienti all'interno dei due gruppi non si è rilevato significativo nel condizionare la *compliance* alla terapia. Questo può essere riconducibile al fatto che una persona che percepisca in maniera positiva il proprio stato di salute, può ritenere probabilmente di non dovere assumere alcun trattamento medico volto a migliorarlo, evenienza frequente nell'ipertensione, che è una malattia asintomatica. Di contro il fatto di percepire in senso negativo il proprio stato di salute, potrebbe scoraggiare una corretta esecuzione della terapia, ritenuta sia inefficace sia portatrice di effetti collaterali.

Globalmente i risultati del nostro studio sembrano concordi con quelli di numerose ricerche sul tema della *compliance*, che non hanno

finora individuato chiare relazioni tra l'aderenza al trattamento dell'ipertensione e i diversi fattori, individuali, affettivi, sociali e sanitari esaminati. Ciò è dovuto in parte anche alla complessità del problema ed agli ostacoli che impediscono sia la formazione di campioni sufficientemente omogenei, sia la discriminazione delle variabili in gioco.

Anche nel nostro studio difficoltà sono presenti ad inquadrare l'età di insorgenza dell'ipertensione, la frequente osservazione di complicanze e di altre patologie concomitanti, la diversa durata della malattia e della cura, la prescrizione di terapie farmacologiche di diversa entità, la valutazione soggettiva del paziente come misura della *compliance*. Tuttavia il nostro studio, pur consapevole di questi limiti, era finalizzato soprattutto ad esplorare la percezione del paziente del rapporto con la cura e con il medico e il ruolo attribuito al comportamento del medico e dell'ambiente familiare nell'aiutarlo ad affrontare la propria malattia.

Riferimenti bibliografici

- Bangalore S., Kamalakkannan G., Parkar S., Messerli F.H. (2007). Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *American Journal of Medicine*, 120 (8), 713-9.
- Bedell S.E., Jabbour S., Goldberg R., Glaser H., Gobble S., Young-Xu Y., Grabois T.B., Ravid S. (2000). Discrepancies in the use of medications. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2129-2134.
- Benson J., Britten N. (2006). What effects do patients feel from their antihypertensive tablets and how do they react to them? Qualitative analysis of interviews with patients. *Family Practice*, 23, 80-87.
- Benson S., Vance-Bryan K., Raddatz J. (2000). Time to patient discontinuation of antihypertensive drugs in different classes. *American Journal of Health- System Pharmacy*, 57 (1), 514.
- Billups S.J., Malone D.C., Carter B.L. (2000). The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. *Pharmacotherapy*, 20, 941-9.
- Conlin P.R., Gerth W.C., Fox J., Roehm J.B., Bocuzzi S.J. (2001). Four-Year persistence patterns among patients initiating therapy with the angiotensin II receptor antagonist losartan versus other antihypertensive drug classes. *Clinical Therapeutics*, 23 (12), 1999-2010.

- Costantini M., Musso M., Viterbori P., Bonci F., Del Mastro L., Garrone O., Venturini M., Morasso G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, 7, 121-127.
- Degli Esposti L., Degli Esposti E., Valpiani G., Di Martino M., Saragoni S., Buda S., Baio G., Capone A., Sturani A. (2002). A retrospective, population-based analysis of persistence with antihypertensive drug therapy in primary care practice in Italy. *Clinical Therapeutics*, 24 (8), 1347-57, discussion 1346.
- Dezii C.M. (2000). A retrospective study of persistence with single-pill combination therapy vs concurrent two-pill therapy in patients with hypertension. *Managed Care*, 9, 2-6.
- Di Matteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. (2000). Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 24, 2101-2107.
- Evangelista L., Doering L.V., Dracup K., Westlake C., Hamilton M., Fonarow, G.C. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18, 197-206.
- Griffiths R., Johnson M., Piper M., Langdon R.A. (2004). Nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 166-176.
- Haynes R.B. (1976). Strategies for improving compliance: a methodological analysis and review. In D.L. Sackett, R.B. Haynes (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jones J.K., Gorkin L., Lian J.F., Staffa J.A., Fletcher A.P. (1995). Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensive drugs: a study of a United Kingdom population. *British Medical Journal*, 29, 293-5.
- Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365, 217-223.
- Kiortsis D.N., Giral P., Bruckert E., Turpin G. (2000). Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 25, 445-451.
- Michenbaum D., Turk D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence. A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Monane M., Bohn R.L., Gurwitz J.H., Glynn R.J., Levin R., Avorn J. (1997). The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance: results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, 697-704.
- Nielsen B., Sogaard-Nielsen B., Wraae O. (2000). Factors associated with

- compliance of alcoholics in outpatient treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 101-107.
- Orensky I.A., Holdford D.A. (2005). Predictors of noncompliance with warfarin therapy in an outpatient anticoagulation clinic. *Pharmacotherapy*, 25, 1801-8.
- Osterberg L., Blaschke T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Pereira A.G., Pearson S.D. (2003). Patient attitudes toward continuity of care. *Archives of Internal Medicine*, 163, 909-912.
- Petrilla A.A., Benner J.S., Battleman D.S., Tierce J.C., Hazard E.H. (2005). Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid-lowering medications. *International Journal of Clinical Practice*, 59, 1441-1451.
- Piccinelli M., Bisoffi G., Bon M.G., Cunico L., Tansella M. (1993). Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: a comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 189-205.
- Ren X.S., Kazis L.E., Lee A., Zhang H., Miller D.R. (2002). Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 47-56.
- Rizzo J.A., Simons, W.R. (1997). Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *Clinical Therapeutics*, 19, 1446-57, discussion 1424-5.
- Roh Y.S. (2005). Modeling adherence to therapeutic regimens in patients with hypertension. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35, 737-44.
- Schroeder K., Fahey S.K., Ebrahim S. (2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings (review). *The Cochrane Collaboration*, 10.1002/14651858.CD004804.
- Shalansky S.J., Levy A.R. (2002). Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, 1532-9.
- Spector S. (2000). Noncompliance with asthma therapy - Are there solutions? *Journal of asthma*, 37, 381-388.
- Steel Z., Jones J., Adcock S., Clancy R., Bridgford L., Austin J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28, 209-214.
- Stromberg A., Bronstrom A., Dahlstrom U., Fridlund B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart & Lung*, 28, 334-341.
- Svensson S., Kellgren K.I., Alner J., Saljö R. (2000). Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal Cardiology*, 76, 157-163.
- Taylor A.A., Shoheiber O. (2003). Adherence to antihypertensive therapy

with fixed-dose amlodipine besylate/benazepril HCl versus comparable component-based therapy. *Congest Heart Failure*, 9, 324-32.

Van der Wal M.H., Jaarsma T., van Veldhuisen D.J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*, 7, 5-17.

Wang P.S., Bohn R.L., Knight E., Glynn R.J., Mogun H., Avorn J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 504-11.

Wogen J., Kreilick C.A., Livornese R.C., Yokoyama K., Frech F. (2003). Patient adherence with amlodipine, lisinopril, or valsartan therapy in a usual-care setting. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 9, 424-9.